

Principes de la prise en charge des addictions

Une fois le diagnostic de l'addiction et de ses conséquences établi, l'étape suivante est d'évaluer la motivation du sujet à accepter un sevrage et un traitement substitutif. La prise en charge d'une addiction impose de traiter conjointement les troubles psychiatriques associés.

Michel Lejoyeux

Quel que soit le produit concerné, la prise en charge des conduites addictives passe par certaines étapes incontournables. Le premier temps est celui du dépistage et du diagnostic. Le deuxième est celui des interventions en urgence. L'abord de la conduite addictive elle-même implique souvent une phase de sevrage. Après le sevrage ou la réduction de consommation intervient la phase de maintien à long terme.

CINQ NIVEAUX DE MOTIVATION

Une fois dépistée une conduite addictive, le niveau de motivation du patient vis-à-vis d'une prise en charge devra être évalué et conforté. Prochaska et Diclemente¹ ont ainsi décrit 5 niveaux de motivation vis-à-vis d'un processus de changement :

1. Précontemplation
2. Contemplation
3. Préparation
4. Action
5. Maintenance

À chacun des stades, l'entretien motivationnel a pour objet d'aider le patient à accomplir une démarche de soins. Il lui permet aussi de se situer entre l'absence complète de demande et la prise en charge prolongée. Ces techniques de motivation sont indiquées chez tous les patients, quelle que soit la gravité de la conduite addictive et quel que soit le produit concerné.

Au stade de précontemplation, le patient n'a pas d'intention de changer. Il n'est pas conscient de la nature addictive de ses difficultés ou encore de leurs conséquences négatives. Il est en proie à des réactions de déni et ne voit pas la nécessité de se soigner ou encore même la possibilité d'entrer dans un processus thérapeutique.

Au stade de contemplation, le patient repère l'existence d'une conduite addictive. Il n'engage à ce stade aucune action. Il est cependant d'accord avec le fait qu'il ne peut pas continuer à consommer des substances psychoactives de la même manière. À ce stade s'établit une relation d'ambivalence vis-à-vis de la consommation addictive de substances. L'approche psychothérapique initiale permet l'augmentation de la motivation.

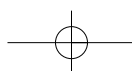
Au stade de préparation, le patient envisage des plans d'action concrets. Il s'engage lui-même dans un projet de soins.

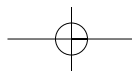
Au stade de l'action, les premiers changements s'observent. Ils sont liés au soutien relationnel et motivationnel qui a pu s'établir.

Au stade de maintenance, de nouvelles pensées et de nouvelles attitudes sont adoptées par le patient. Elles garantissent le maintien de l'abstinence.

SEVRAGE OU SUBSTITUTION

Les traitements de substitution opiacés sont proposés en cas de dépendance à l'héroïne. Chez les tabagiques, les substituts nicotiniques peuvent être proposés en tant





Benzodiazépines : comment éviter la dépendance

Les benzodiazépines sont des anxiolytiques efficaces et très utiles dans la pratique quotidienne du médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste. Il est néanmoins intéressant de tenter de poser un cadre à leur prescription, en tenant compte des avantages mais aussi des risques potentiels de ces molécules, en particulier du risque de dépendance.

Comme avant toute prescription, il faut porter une indication, c'est-à-dire cerner la pathologie du patient et s'assurer de l'intérêt d'une benzodiazépine dans cette situation.

L'information du patient sur son traitement (propriétés, effets indésirables, doses, durée) constitue la base de la psycho-éducation

qui permet une bonne observance. Il paraît ainsi intéressant d'évoquer le sevrage dès la première consultation. Dans le même temps, choisir la molécule la plus adaptée à la situation clinique, selon la durée de demi-vie et la rapidité d'action, et prescrire la dose efficace la plus faible est recommandé.

C'est aussi le moment de repérer les patients « à haut risque » de développer une dépendance et sur le plan pratique, d'évaluer le rapport des bénéfices aux risques avant l'introduction du médicament, puis d'envisager les autres choix thérapeutiques (autres anxiolytiques, psychothérapies) si le risque est trop important : les antécédents de dépendance à un autre produit ou un

trouble de la personnalité sont certainement des facteurs associés à une dépendance plus fréquente et à des symptômes de sevrage plus graves. Enfin, ne pas oublier de contre-indiquer la consommation d'alcool pendant tout le temps du traitement et du sevrage.

Pendant la durée du traitement, il faut revoir régulièrement le patient : à 8 j - si besoin - on peut évaluer les effets latéraux, en particulier la somnolence diurne ; à 15 j, il semble important de vérifier l'efficacité du traitement et de revoir le diagnostic si besoin ; à 4 semaines, il paraît indispensable de voir le patient pour renouveler la prescription et (ou) envisager l'arrêt.

Les consultations se poursuivront, si besoin,

à un rythme régulier, avec réévaluation systématique du tableau et de la prescription, en gardant constamment à l'esprit le risque d'apparition d'une dépendance.

À LA FIN DU TRAITEMENT : LE SEVRAGE

Il s'agit de le proposer de façon ferme mais empathique et rassurante.

Le sevrage s'effectue généralement en ambulatoire, sauf si le patient présente une dépendance mixte (le sevrage éthylique se propose au préalable en cure classique) ou des antécédents d'épilepsie ou d'accidents de sevrage.

La durée du sevrage est de plusieurs semaines à plusieurs mois selon la dose de départ et la durée de consommation

qu'aide progressive. Ils permettent une réduction de la consommation de tabac tout en traitant les réactions de sevrage.

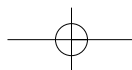
L'exemple de l'alcool

En cas de dépendance à l'alcool, un sevrage est habituellement proposé. Le sevrage ambulatoire peut être réalisé par les médecins généralistes et les spécialistes. La prescription médicamenteuse n'est pas systématique au moment du sevrage. Les syndromes de sevrage modéré ne nécessitent pas la prescription de psychotropes. Les formes les moins graves de dépendance à l'alcool peuvent ainsi être traitées par réhydratation, correction des troubles hydro-électrolytiques, vitaminothérapie et rassurance du patient.²

Si une chimiothérapie préventive est choisie, celle-ci fait

appel aux benzodiazépines per os (conférence de consensus de l'ANAES 2001. Sevrage du patient alcoolodépendant) et à la vitaminothérapie B1. Les traitements chimiothérapeutiques sont particulièrement utiles en cas de syndrome addictif grave. Ils contrôlent les petits signes de sevrage et préviennent les accidents les plus graves tels que le delirium tremens et les crises convulsives. Les médicaments utilisés dans le sevrage ne doivent pas exposer le patient à un risque de « transfert de dépendance ». C'est ainsi que la prescription de benzodiazépines, bien qu'utile, est limitée dans le temps. Chacune des prescriptions est réévaluée régulièrement.

La psychothérapie pendant le sevrage est aussi un temps important de la prise en charge. Elle permet de rassurer le patient et d'amorcer une aide à long terme. Le but du sevrage, outre le maintien de l'abstinence, est l'amélioration



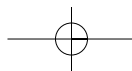


Tableau d'équivalence du diazépam

DCI	NOM COMMERCIAL	ÉQUIVALENCE POUR 10 MG DE DIAZÉPAM	DEMI-VIE EN HEURES
Oxazépam	Séresta	25 mg	8 à 10
Bromazépam	Lexomil	6 mg	8 à 20
Lorazépam	Témesta	1 mg	10 à 12
Alprazolam	Xanax	0,5 mg	10 à 12
Prazépam	Lysanxia	20 mg	30 à 90 (métabolites actifs)
Clorazépate	Tranxène	20 mg	30 à 90 (métabolites actifs)
Diazépam	Valium	10 mg	30 à 90 (métabolites actifs)

(si le traitement a été prescrit moins de 6 semaines, l'arrêt peut se faire en quelques jours). L'important est d'élaborer avec le patient un calendrier de diminution à la fois précis et souple, et de le revoir très régulièrement, au mieux toutes les semaines afin d'adapter la diminution aux symptômes de sevrage présents. En fin de sevrage, aux doses minimales parfois, on redouble de prudence face à des symptômes de sevrage parfois graves à ce moment, alors qu'ils étaient quasi absents jusque-là.

QUELQUES AIDES

Il n'y a pas de médicament adjuvant dans le sevrage des patients dépendants aux benzodiazépines. Néanmoins, chez le patient épileptique, ou chez celui qui consomme de très fortes doses de benzodiazépines (à partir de 100 mg de Valium), on peut proposer la prescription de Tégrétol (200 à 800 mg/j) pendant le sevrage (non consensuel). Il est classique de proposer un changement de molécule avant le début du sevrage, quand la molécule initiale a une demi-vie courte

(v. tableau d'équivalence). Le traitement d'une pathologie psychiatrique, initiale ou secondaire au sevrage, par une chimiothérapie adaptée, peut être utile : de nombreux patients candidats au sevrage sont, en fait, atteints d'authentiques troubles anxieux - trouble d'anxiété généralisée, troubles obsessionnels compulsifs, trouble panique - ou syndromes dépressifs et n'utilisent, pour lutter contre leurs symptômes, que des anxiolytiques.

Enfin, il faut savoir proposer aux patients chez qui cela est nécessaire, un suivi psychothérapeutique (thérapie cognitivo-comportementale, surtout en cas de trouble anxieux associé, thérapie de groupe, thérapie de soutien, voire thérapie d'inspiration analytique).

Tiphaine Séguret
Service d'addictologie
CHRU - Clinique de la Charité
59037 Lille Cedex
olivier.seguret@libertysurf.fr

ration de l'état du sujet dans toutes ses dimensions, physiques, psychiques et sociales. C'est aussi au moment du sevrage que s'établissent les premiers contacts avec les groupes de soutien (psychothérapie de groupe ou groupe d'entraide de type néphaliste [groupe associant d'anciens buveurs]).

L'interruption de l'alcool ou d'une autre substance psychoactive peut être présentée au patient comme une « expérience » dans laquelle il va s'engager avec l'aide de son médecin traitant et dont il percevra rapidement les effets bénéfiques.² L'indication d'hospitalisation pour sevrage n'obéit à aucun critère formel. Certains arguments, cependant, incitent à préférer une hospitalisation dans les situations suivantes :

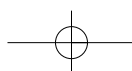
- échec d'un ou plusieurs sevrages ambulatoires récents ;

- syndrome de dépendance grave avec symptômes de sevrage physiologiques marqués et risque d'accidents de sevrage à type d'épilepsie ou de delirium tremens ;

- pathologie psychiatrique associée ; en cas de dépression avec risque suicidaire, une hospitalisation pour sevrage permet à la fois le traitement de la conduite addictive et la prévention du risque suicidaire ;

- conduites polyaddictives chez un patient associant éventuellement alcool, médicaments et (ou) drogues illicites (ces formes de dépendance exposent à des sevrages multiples croisés ou successifs et sont souvent le fait de sujets impulsifs chez lesquels la mise à l'écart des différents toxiques est difficile, si ce n'est impossible, à réaliser en ambulatoire) ;

- patients ayant une conduite addictive et vivant dans une situation d'isolement social ; en l'absence d'un réseau



Principes du traitement à long terme des conduites addictives

- > Soutien non spécifique : relation prolongée
- > Psychothérapie
- > Repérage et prise en charge des troubles de la personnalité
- > Aide à la responsabilisation et à l'affirmation de soi
- > Réduction de l'impulsivité, de la désinhibition et du passage à l'acte

Tableau 1

Repérage et traitement des comorbidités psychiatriques des conduites addictives

- > Traitement limité aux troubles psychiatriques « identifiés » et « complets »
- > Dépression particulièrement fréquente
- > Trouble bipolaire de l'humeur (accès maniaque)
- > Anxiété
- > Risque suicidaire majoré

Tableau 2

de soutien familial, social et professionnel, le sevrage ambulatoire apparaît souvent plus aléatoire ;

– situations nécessitant la mise à distance d'un milieu familial conflictuel ou notion de violence intrafamiliale.

TRAITER LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES ASSOCIÉS

Les principales affections psychiatriques associées aux conduites addictives sont la dépression, l'anxiété et les troubles psychotiques. L'association d'un trouble psychiatrique à la conduite addictive modifie les modalités de prise en charge. Elle impose un traitement simultané et intégré des deux pathologies.^{3,4}

Dépression

Chez l'alcoolique, la dépression est particulièrement fréquente. Un travail de Schukit *et al.*⁵ a montré que 80 % des personnes alcooliques ont des symptômes dépressifs et un tiers d'entre elles, une dépression majeure caractérisée. La fréquence de ces manifestations dépressives induit

tes par l'alcoolisme a conduit la classification diagnostique psychiatrique du DSM (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) à proposer une nouvelle entité clinique : le trouble de l'humeur induit par une conduite addictive. Le trouble de l'humeur est alors considéré comme directement secondaire à l'addiction. Dans ces situations associant alcoolisme et dépression, le risque suicidaire est particulièrement élevé.⁷

Du point de vue thérapeutique, en cas d'association entre une conduite addictive et un trouble de l'humeur, il est recommandé de ne pas administrer d'antidépresseurs tant que les patients continuent à consommer des substances psychoactives. Une exception doit être faite chez des patients traités par substitution opiacée. Dans ces cas, le traitement antidépresseur peut être introduit tout en maintenant la substitution. Les limites du traitement antidépresseur concernent les questions de tolérance et d'interaction.

Anxiété

L'anxiété secondaire aux conduites addictives est fréquente, elle aussi.⁷ Elle est décrite dans la classification du DSM sous le terme de trouble anxieux induit par une substance. Elle correspond à tous les troubles anxieux apparus pendant la période de dépendance ou le sevrage ou encore dans le mois suivant le sevrage. Le traitement de l'anxiété de sevrage est en réalité le traitement du sevrage. Il fait appel aux tranquillisants. Le traitement des troubles anxieux primaires est celui du trouble panique, de l'anxiété généralisée ou de la phobie sociale. Comme dans le cas des troubles de l'humeur, il est recommandé de ne pas prescrire d'anxiolytiques à un patient consommant de l'alcool.

MAINTENIR L'ABSTINENCE

Le traitement à long terme de la conduite addictive fait appel à la psychothérapie, au traitement médical des complications de l'addiction et à des thérapies centrées sur l'aide au maintien de l'abstinence. Parmi celles-ci les principales sont cognitivo-comportementales et chimiothérapiques. Les thérapies cognitivo-comportementales centrées sur l'aide au maintien de l'abstinence repèrent les facteurs comportementaux déclenchant l'envie de consommer une substance. Elles aident le patient à surmonter son envie irrépressible de substances psychoactives et à modifier les conditions de son environnement. L'aide aux habiletés sociales incite à trouver des stratégies permettant une adaptation.

Les 2 molécules disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication de l'aide au maintien de l'abstinence en cas d'alcoolodépendance sont l'acamprosate et la naltrexone qui antagonisent les récepteurs opiacés. L'acamprosate, prescrit à une dose de 6 cp/j pendant 1 an, réduit l'envie de boire et augmente l'observance. Cette molécule GABAergique est administrée dès le

Ce qui est nouveau

Les 2 principales nouveautés sont :

- l'établissement de thérapies spécifiques des addictions au maintien de l'abstinence ;
- l'incitation à détecter systématiquement les troubles psychiatriques associés aux conduites addictives.

Pour la pratique

- L'approche motivationnelle est une forte incitation à s'engager dans la conduite de soins. Elle est indiquée dans toutes les situations.
- Selon les produits, il est possible de choisir entre sevrage et substitution.
- Le traitement de la dépression chez l'alcoolique fait appel au sevrage éventuellement suivi d'antidépresseurs.
- L'anxiété chez l'alcoolique est plus une indication de sevrage que de traitement anxiolytique.
- Les thérapies comportementales et cognitives sont spécifiquement développées dans l'aide au maintien de l'abstinence.
- Parmi les traitements prévenant les rechutes alcooliques, figure l'acamprosate.

début du sevrage. La naltrexone, enfin, réduit les phénomènes d'excitation et d'euphorisation induits par la consommation d'alcool. Son efficacité est plus nette si le traitement est associé à une psychothérapie cognitive centrée sur la réduction de l'envie de boire.

CONCLUSION

En pratique, la prise en charge de conduites addictives doit être adaptée à la substance consommée et surtout aux caractéristiques psychologiques et sociales du patient. Dans tous les cas, les 3 temps essentiels de la prise en charge demeurent : le dépistage, les aides au sevrage ou à la réduction de la consommation et le suivi à long terme.⁸

Michel Lejoyeux
Service de psychiatrie (P^r J. Adès)
Hôpital Louis-Mourier
Faculté de médecine Xavier Bichat
92700 Colombes Cedex
michel.lejoyeux@lmr.ap-hop-paris.fr

SUMMARY Principles of management of drug addiction

The management of addictive behaviours calls for new protocols. Those which tend to standardise the different stages of care. Screening, when these protocols are available, rests on the utilisation of specific questionnaires. The motivational interview then incites the patient to engage in the commencement of care, or to pursue it. After directly addressing the drug consumption, most often by withdrawal, a long-term management is proposed. This necessitates a constant and regular engagement of the therapist as well as the identification and treatment of the associated psychiatric problems.

Rev Prat 2003 ; 53 : 1321-5

RÉSUMÉ Principes de la prise en charge des addictions

La prise en charge des conduites addictives fait appel à de nouveaux protocoles. Ceux-ci tendent à standardiser les différentes étapes du soin. Le dépistage repose, quand ceux-ci sont disponibles, sur l'utilisation de questionnaires spécifiques. L'entretien motivationnel incite ensuite le patient à s'engager dans une démarche de soins ou à poursuivre celle-ci. Après un abord direct de la consommation passant le plus souvent par un sevrage, est proposée une prise en charge à long terme. Celle-ci nécessite l'engagement constant et régulier du thérapeute ainsi que le repérage et le traitement des troubles psychiatriques associés.

RÉFÉRENCES

1. **Prochaska JO, Diclemente CC.** In search of how people change. Applications to addictive behavior. *Am Psychol* 1992 ; 47 : 1102.
2. Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation. *Alcool Addictol* 2001 ; 23 (Suppl. au n° 4).
3. **Adès J.** Les relations entre alcoolisme et pathologie mentale. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. LXXXVI^e session. Tome III. Paris : Masson, 1989.
4. **Miller NS.** Addiction psychiatry, current diagnosis and treatment. New York : John Wiley, 1995.
5. Schuckit MA, Tipp JE, Bucholz KK et al. The life-time rates of three major mood disorders and four major anxiety disorders in alcoholics and controls. *Addiction* 1997 ; 92 : 1289-304.
6. **Suominen K, Isomestä E, Henriksson M, Ostamo A, Lönnqvist J.** Hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence or both. *Acta Psychiatr Scand* 1997 ; 96 : 142-9.
7. **John S, Miller NS.** Anxiety disorders and addiction. In: Miller NS (ed). The principles and practice of addictions in psychiatry. Philadelphia : WB Saunders, 1997 : 249-54.
8. **Adès J, Lejoyeux M.** Alcoolisme et psychiatrie. Paris : Masson, coll. Médecine et Psychothérapie, 1997.

Abonnez-vous ou réabonnez-vous en ligne* à La Revue du Praticien

sur son site Internet www.33docpro.com

* Paiement par carte bancaire « secteur bancaire sécurisé »

